

ВІДМОВА ВІД ЛІКУВАННЯ І ВБИВСТВО: ШЛЯХИ РОЗРІЗНЕННЯ

Одна з ключових проблем, які постають перед біоетикою, стосується тих випадків, коли через обмеженість людських і технічних ресурсів медицини пацієнти, по суті, прирікаються на смерть. Приводом для відмови від лікування може бути марність застосування доступних засобів, а також психологічна, фізична, фінансова обтяжливність певних процедур. У сучасному світі як альтернативу відмові від лікування пропонують евтаназію, тобто пряме спричинення смерті пацієнта, яке можна охарактеризувати як убивство. Ці два види практики розрізняють, аналізуючи обов'язки лікаря, наміри усіх суб'єктів, відмінності між дією і бездіяльністю. Обов'язок рятувати пацієнта за всяку ціну слід відкинути через негуманність такого принципу. Саме тому, однак, перед лікарем постає дилема: полишити пацієнта природним процесам, що може призвести до його додаткових страждань, чи вдатися до прямого вбивства. Наміром в обох випадках є вирішення проблеми, в якій опиняється пацієнт, лікування якого виявляється марним, а його припинення раніше чи пізніше призводить до смерті. Евтаназія в пасивній формі процедурно може збігатися з відмовою від лікування. Відмова від лікування є рішенням, а тому радше дією, ніж бездіяльністю. Виникає враження, що вибір між евтаназією і припиненням лікування є суто технічним. Авторка статті пропонує порівняти механізми прийняття рішень при застосуванні евтаназії і відмови від лікування, поглянути на мету цих рішень і засоби її досягнення. У разі евтаназії метою дії чи бездіяльності є позбавлення страждань (певне благо), а засобом – спричинення смерті, натомість у разі відмови від лікування метою також є благо пацієнта, але смерть є не засобом, а побічним ефектом. Тому варто визнати, що відмова від лікування є більш гуманною практикою, ніж евтаназія, яка є прямим убивством і обґрунтовується низькою цінністю життя особи.

Ключові слова: відмова від лікування, евтаназія, дія, бездіяльність, намір, засіб.

Сучасна медицина досягла у своєму розвитку того рівня, коли стала здатною претендувати на порятунок людського життя майже в кожному клінічному випадку. Втім, трапляються ситуації, в яких вона залишається безсилою і, з огляду на інші її здобутки, медичним працівникам буває важко змиритися зі смертю пацієнта. Особливий драматизм ми спостерігаємо тоді, коли пацієнт не помирає швидко, а виявляється приреченим на існування зі смертельним діагнозом упродовж тривалого часу, переживаючи, зазвичай, тяжкі фізичні й духовні страждання. Саме співстраждання до таких хворих є однією з головних причин руху за легалізацію евтаназії.

З іншого боку, спричинення смерті розходиться з традиційним розумінням завдань медицини, згідно з яким лікар має боротися за життя пацієнта. Водночас дозволяється відмова від лікування в тих ситуаціях, коли воно виявляється марним, що раніше чи пізніше також приводить до смерті. Отже, *актуальним* стає питання, чи не дорівнює пряме спричинення смерті у разі евтаназії неминучому її настанню у разі відмови від лікування? Інакше кажучи, де пролягає межа між активним спричиненням смерті (по суті, вбивством) і покладанням на природні процеси, які спричиняють смерть без активної участі медичного персоналу? *Метою* цієї статті є спроба віднаходження таких меж.

Питання розрізнення між практиками евтаназії і відмови від лікування *розроблені* багатьма дослідниками-біоетиками – філософами, юристами, медиками. З огляду на висловлені в статті міркування, слід звернути увагу на доробок П. Ашика, Дж. Дж. Волтера, Дж. Геріса, Я. Кенеді, Г. Кюзе, В. Ханьської, Т. А. Шенона, а також вітчизняних науковців Р. Градика і Т. Ширій. Надавали великого значення проблемі і дослідницькі центри, наприклад, Президентська комісія з питань дослідження етичних проблем у медицині,

біомедицині і поведінкових науках (США), або ж римо-католицький академічний інститут з вивчення медичних практик Біоетичний центр імені Г. Е. М. Анскомб (Велика Британія).

Названі й інші науковці та дослідницькі центри вивчають чимало біоетичних проблем. Певну *новизну* ми спробуємо привнести до таких із них: 1) визначення вбивства і відмови від лікування з метою порівняння їхніх дефініцій; 2) причини, які змушують лікарів відмовлятися від терапії, і способи їх подолання; 3) розрізнення між дією і бездіяльністю, яке може лежати в основі поділу на вбивство і покладання на природні процеси, що призводять до смерті; 4) питання обов'язку медика рятувати життя і випадки його порушення; 5) обґрунтування ідеї евтаназії тощо. *Завдання* даної статті полягають у викладі варіантів розв'язання наведених проблем, пов'язаних із розрізненням між вбивством і відмовою від лікування, зокрема в пропозиції власного бачення алгоритму такого розрізнення.

Відмова від лікування як альтернатива евтаназії

Відмову від лікування можна визначити як нехтування медичним втручанням у тих ситуаціях, коли дії лікаря здаються марними. Дуже часто така дія або ж бездіяльність спричиняє швидко настання смерті. Загалом існує три етичні позиції щодо правомірності відмови від лікування. Радикальна позиція забороняє її навіть тоді, коли терапія просто не має сенсу, не призводить до покращення, і навіть навпаки – виявляється обтяжливою (відбирає забагато коштів, посилює страждання хворого). Протилежна, пермисивна позиція натомість дозволяє лікареві та самому пацієнту розпоряджатися його життям, удаючись, зокрема, і до евтаназії. Нарешті, поміркована позиція забороняє вбивчі й самовбивчі дії, однак дозволяє за певних умов припинити медичні втручання [Aszyk, 2006, с. 61]. Дві перші позиції видаються надто категоричними й однорізними, а з третьою пов'язана складність інтерпретацій випадків, коли межі лікування не можливо встановити точно. Саме тому в сучасній біоетиці ми можемо спостерігати дискусії між прибічниками пермисивної і поміркованої позиції, тимчасом як радикальна, здається, відійшла нині на маргінес.

Під убивством ми маємо на увазі активне, навмисне й цілеспрямоване спричинення смерті іншій особі, або ж самому собі в разі самогубства. У біоетиці як один із видів убивства розглядають евтаназію – вкорочення людського життя, що відбувається в медичному контексті та з переконанням, що смерть буде для індивіда, щодо якого її застосовують, більшим благом, аніж продовження життя. Як ми бачимо, це визначення істотно збігається з наведеним вище розумінням відмови від лікування. Отже, виникає претензія ототожнювати ці два види медичної практики. Слід розглянути правомірність цієї претензії.

Насамперед маємо придивитися до тих причин, які призводять до відмови від лікування, а вони впливають з усвідомлення того, що медики не завжди спроможні досягнути своєї мети – врятувати життя, забезпечити прийнятний стан здоров'я (до того ж на тривалий термін), не завдаючи пацієнту незносних страждань, не використовуючи необґрунтовано дорогих методів. Зрештою, від лікування відмовляються і тоді, коли медичний заклад не має потрібних для нього засобів, а транспортування пацієнта в інше місце було б і дорогим, і обтяжливим, і ризикованим. Можна сказати, що відмова від лікування є виправданою тоді, коли лікування є неефективним (не приводить до бажаного результату), наполегливим (є дією заради самої дії, або з принципу без урахування засобів, прямих і побічних результатів), залучає так звані «надзвичайні засоби».

Саме розрізнення звичайних і надзвичайних засобів було започатковане в католицькій моральній теології, де перші означали обов'язкові дії, а другі – додаткові. Саме до надзвичайних дій зараховували надто обтяжливі, даючи дозвіл на відмову від них. На межі 60-х і 70-х рр. ХХ ст. розрізнення на «звичайні» і «надзвичайні» методи увійшло до сфери цілковито світської медицини. Прикладом тут знов-таки може бути рапорт *Рішення про відмову від процедур з життєзабезпечення*. Однак до звичайних засобів комісія зараховує ті,

що є стандартними в медичній практиці, а до надзвичайних – експериментальні чи новаторські. Загалом рапорт підкреслює можливість відмови від лікування, тільки на підставі не суб'єктивних, а об'єктивних критеріїв [Chaińska, 2009, с. 119]. Проте в іншому місці той самий рапорт вказує, що поділ засобів на звичайні і надзвичайні має відображати відношення між втратами і користю, які вони приносять пацієнтові [President's Commission, 1983, с. 88].

Показово, що приводами для застосування евтаназії часто стають ті самі неефективність і обтяжливість. Можна навіть сказати, що вона становить радикальний спосіб відмови від лікування. Чи є правомірним таке ототожнення? Для того, щоби відповісти на це запитання, слід детально придивитися до алгоритмів цих практик.

Вбивство і відмова від лікування: алгоритми дій лікаря

Для того, щоби прояснити відмінності між вбивством (у медичному контексті ми говоримо про евтаназію) і відмовою від лікування, звертаються до кількох критеріїв. По-перше, запитують про роль у реалізації прийнятих рішень суб'єкта (передовсім медика, але, можливо, і пацієнта), інакше кажучи, про причину смерті. По-друге, розглядають аналізовані практики з погляду намірів і наслідків. По-третє, аналізують дії лікаря з огляду на його обов'язки, а отже, і його відповідальність. Нарешті, придивляються до розрізнення між дією і бездіяльністю, саме в ньому шукаючи відповідь на запитання про збіжність чи розбіжність вбивства і відмови від лікування.

Досить суттєво, на нашу думку, відмінність між убивством і допущенням смерті підкреслює та роль, яку відіграє суб'єкт. У першому випадку він започатковує ланцюг подій, які призводять до певного результату, в другому – не втручається в події, які слідує одна за одною. Подібну думку висловлює і австралійська утилітаристка Г. Кюзе [Kuhse, 1987, с. 50-51].

Зараз не йдеться про ті випадки, коли летальні наслідки настають у результаті помилки в терапевтичному втручанні, хоча останні можна прирівняти як до дії природних сил, так і до дії медичного персоналу. Ми пропонуємо розглядати цю проблему радше з погляду намірів суб'єкта. Удаючись до евтаназії, лікар спричиняє смерть пацієнта, вважаючи, що подальше лікування суперечить його благу, адже є марним і/або обтяжливим. Відмовляючись від терапії, лікар прислухається до блага пацієнта, лікування якого стає марним і/або обтяжливим, наслідком чого стає смерть. Ми бачимо, що і наслідки (смерть), і наміри (увага до блага пацієнта) збігаються, різняться тільки дієва причина – людина або природні сили.

Як зазначалося, розрізнення між евтаназією і відмовою від лікування можна базувати на обов'язках лікаря, їх виконання або невиконання. Як відомо, клятва Гіппократа містить зобов'язання, несумісне з евтаназією: «я не дам нікому, хто буде просити, смертельного засобу» [Клятва Гіппократа, 2020]. Однак і порятунок життя висувається як одне з провідних завдань медицини. Тому ми можемо запитувати про те, чи існує обов'язок не допустити смерть, а отже, хто має його виконувати, яку відповідальність має понести той, хто його не виконав?

Припустімо, що, як у прикладі Дж. Геріса, пацієнт помирає внаслідок того, що лікарі вчасно не виміряли у нього рівень цукру. Тут ідеться про пряме занедбання обов'язків. Зазвичай, принаймні у Великій Британії, звідки походить дослідник, лікарня бере на себе відповідальність за такі прикрі випадки, що дає Дж. Герісу підставу запитувати про те, чи не породжуються обов'язки наперед взятими зобов'язаннями? Його відповідь негативна, адже ми розглядаємо відмову від порятунку життя як аморальну навіть у тих випадках, коли йдеться про осіб, чия професія не накладає на них особливих обов'язків у цій сфері [Harris, 1985, pp. 31–32]. Отже, Дж. Геріс не помічає відмінностей між прямим спричиненням смерті і відмовою від надання допомоги. «Чи може існувати моральний обов'язок, – ставить він риторичне запитання, – не здійснювати активних кроків для

завершення життя пацієнтів, а водночас не бути морального обов'язку не здійснювати пасивних кроків для цього завершення?» [Harris, 1985, p. 39].

Отже, цитований британський дослідник виступає за легалізацію евтаназії, вважаючи натомість аморальною відмову від лікування. На його думку, покладання на природні процеси, припинення дій слугує психологічному комфорту лікаря, який таким чином відмежується від смерті. «Існує жахлива іронія, – пише Дж. Геріс, – у тому, що всю медичну практику можна описати як комплексну спробу порушити хід природи, частиною якої є хвороба, і запобігти вбивству людей “природою” на її звичний безглуздий манір» [Harris, 1985, pp. 37–38].

Можна припустити, що обов'язком медиків є насамперед розпізнання блага кожного конкретного пацієнта, яке не повинне, утім, перетворюватися на диктат. Слід поважати думку пацієнта – раціональну й обґрунтовану, його автономію (йдеться головним чином про ті випадки, коли пацієнт здатен виразити свою думку, однак не можна позбавляти права голосу також родичів непритомної особи, дитини тощо). Інакше кажучи, пацієнт може вимагати припинити лікування, яке вважає неефективним або надто обтяжливим, він може навіть бажати собі швидшої смерті. Мудрість медичного персоналу полягає в тому, щоби підтримати його там, де його претензії є обґрунтованими, відмовити від недоцільної поведінки, забезпечити комфорт (фізичний та психологічний) під час вмирання. Так само, як лікар не зобов'язаний лікувати за всяку ціну, або продовжувати терапію під час агонального стану, так і пацієнт не зобов'язаний терпіти нестримний біль, навіть тоді, коли застосування знеболювальних засобів скорочує життя.

Принцип розпізнання блага пацієнта передбачає також те, що в деяких випадках лікар має право діяти без згоди пацієнта. Йдеться передовсім про втручання, які слід здійснити щонайшвидше, коли на обговорення немає часу, коли людина потрапляє в медичний заклад непритомною. Однак трапляються випадки, коли пацієнт пропонує відверто шкідливий для себе алгоритм дій, наприклад, відмовляючись від лікування, попри високу вірогідність його успішності. Безумовно погоджуючись на пропозиції такого пацієнта, тобто «вмиваючи руки», лікар чинить аморально. Медики не повинні бути диктаторами, але й не зобов'язані догоджати пацієнтові, не мають навіть їх жаліти. Як пише американський біоетик В. Е. Мей, «справжнє “спів-чуття” означає “страждання з” їхніми пацієнтами, піклуючись про них, не вбиваючи їх, стверджуючи цінність пацієнтів і діючи в солідарності з ними. Ми вбиваємо з милосердя тварин, але не повинні ставитися як до тварин до людських осіб» [May, 2013, p. 276].

Зрештою, приймаючи важливі рішення, лікар має немовби балансувати між визнанням двох істин. З одного боку, життя є для пацієнта фундаментальним благом, яке забезпечує володіння багатьма іншими благами. Водночас життя не слід абсолютизувати. Хоча цінність фізичного існування не обумовлена жодними характеристиками особи, ця цінність не є абсолютною. Існують блага, заради яких жертвують життям, і такі жертви прийнято вважати подвигом, а не злочином.

Дія і бездіяльність

Часто в пошуках відмінностей між убивством і згодою на смерть посилаються на різницю між дією і бездіяльністю. У першому випадку йдеться про переважно цілеспрямоване, але й ненавмисне спричинення зміни, у другому – про відсутність такого спричинення, або невтручання в процеси, які відбуваються під впливом незалежних від людини сил, але так само призводять до зміни. Пропонуючи таке розрізнення, зазвичай передбачають, що особа не несе відповідальності за те, що вона не чинила, або ж за те, чому не здатна запобігти.

Якщо застосувати наведені вище міркування щодо медичної практики, то діями будуть як терапевтичні втручання з метою покращення стану здоров'я і збереження життя, так і активна евтаназія. Водночас до бездіяльності можна віднести, з одного боку, відмову від даремного або обтяжливого лікування, а з іншого боку – пасивну евтаназію. Принагідно

зазначимо, що під активною евтаназією мають на увазі спричинення швидкої смерті шляхом конкретної дії (наприклад, ін'єкції певної речовини), а під пасивною – припинення медиками терапії, яка підтримувала життя, заради прискорення смерті. Як ми бачимо, у разі дії розрізнення між терапією і евтаназією є колосальним та сприймається, по суті, інтуїтивно, натомість у разі бездіяльності відмову від лікування часто прирівнюють до пасивної евтаназії. Отже, варто розібратися, чи є таке ототожнення правомірним.

Дж. Геріс, на якого ми в даному тексті вже посилалися, розглядає відмінності між дією і бездіяльністю, виходячи з уявлень про відповідальність. Позитивно він називає відповідальність, яка настає в тому разі, коли особа зробила щось, що змінило стан справ, а під негативною – відповідальність за зміну, яка настала тому, що особа чогось не зробила. У прикладі з респіратором ми відповідальні за смерть пацієнта і тоді, коли його вимкнули (дія), і тоді, коли не увімкнули (бездіяльність), до того ж незалежно від того, чи планували певні наслідки, чи усвідомлювали їх, чи були в змозі їм запобігти. Принциповим моментом виявляється настання зміни [Harris, 1985, pp. 29–30]. Саме цей погляд на відповідальність стає для Дж. Геріса підставою ототожнювати відмову від лікування з пасивною евтаназією.

Подібним, на думку членів Президентської комісії з питань дослідження етичних проблем у медицині, біомедицині і поведінкових науках, є твердження про те, що людина не несе відповідальності за свою бездіяльність, засноване на хибному розумінні відповідальності, згідно з яким людина може бути причиною певних змін у низці подій тільки тоді, коли активно в них втручається [President's Commission, 1983, pp. 64–67]. Водночас, за словами польської дослідниці В. Ханської, супротивники ототожнення морального статусу дії та бездіяльності аргументують свою позицію тим, що «нехтування не викликає жодних наслідків» [Chańska, 2009, s. 190].

Ще один аргумент на користь того, що між дією і бездіяльністю – евтаназією і відмовою від лікування – немає принципових відмінностей, полягає в тому, що прийняття рішення про невтручання буває настільки ж вирішальним, як про втручання в перебіг справ. Обґрунтовуючи цю тезу, Дж. Геріс наводить приклад із нездійсненим виміррюванням рівня цукру, який ми вже згадували [Harris, 1985, p. 31].

І з таким твердженням не можна не погодитись. Отже, ми пропонуємо поглянути на інші способи розрізнення між убивством (у медичному контексті – евтаназією) і відмовою від лікування.

Відмова від лікування і вбивство: розрізнення

Вище ми неодноразово наводили аргументи, які доводять, що між відмовою від лікування і евтаназією немає принципових відмінностей, що першу можна розглядати як вид другої, або ж другу як радикальний варіант першої. Чи дійсно це так? На нашу думку, алгоритм нехтування надзвичайними або марними засобами лікування має іншу структуру, ніж зумисне спричинення смерті. До того ж йдеться не про активність і пасивність – допущення смерті також може бути вбивством. Може співпадати й інтенція цих двох дій.

І евтаназія, і відмова від лікування передбачають мінімізацію страждань хворого. Однак у разі евтаназії смерть є засобом її досягнення, а у разі відмови від лікування – побічним ефектом. За словами Р. Градика і Т. Ширій, «якщо біль є нестерпним, тоді використовуються препарати, метою яких є зменшення болю, а не скорочення життя, хоч вони непрямим шляхом можуть пришвидшити фізіологічний процес умирання, але без них людина не може обійтись» [Градик, Ширій, 2016, с. 42–43]. Лікар або спричиняє смерть, або погоджується з її невідворотністю.

Як ми бачили, часто у пошуках відмінностей між убивством і згодою на смерть посилаються на різницю між дією і бездіяльністю, і то для того, щоби показати її відсутність. Втім, чимало прикладів підказують нам, що це не так. Хоча безпосередньою причиною загибелі людей є зіткнення потяга з автомобілем, відповідальність за трагедію несе службовець, який *не* опустив шлагбаум. Це його бездіяльність призвела до таких

наслідків. Не дивно, що особливо гостро відсутність різниці між убивством і відмовою від лікування підкреслюють консеквенціалісти.

Протилежна позиція, яку можна назвати інтенціоналізмом, оцінює моральність дії, виходячи з наміру її виконавця (наприклад, вчення про подвійний наслідок). Згідно з таким підходом, службовець залізниці, який не підняв шлагбаум, не винен у трагедії, оскільки не замишляв убивства. Однак буде великим спрощенням вважати, що ця людина взагалі не має нести відповідальності: її не можна звинуватити в умисному вбивстві, але слід – у недбалості. Таку ситуацію можна порівняти лише з тими випадками в медичній практиці, коли лікар не призначив потрібну процедуру через неухважність, лінощі, байдужість, проте не з тими, коли він зробив усе, що міг, але одужання не настало. Подібно вчення про подвійний наслідок виправдовує не бездіяльність як таку, а побічні ефекти від основної дії. Наприклад, коли смерть прискорила в результаті частого застосування знеболювальних засобів.

Зрештою, слід зазначити, що на оцінку дії чи бездіяльності, які призвели до смерті, впливає чимало факторів: не лише намір, виконання чи невиконання обов'язку, але й обставини – наявні засоби, ризики, стан пацієнта. Відмінність між евтаназією і допущенням смерті полягає, найімовірніше, у тому, що перша являє собою відмову від життя, а друге – прийняття смерті як його неминучого елементу.

Висновки

Головне питання статті полягає в тому, чи не дорівнює пряме спричинення смерті, евтаназія, відмові від лікування в тих випадках, коли її наслідком так само є смерть. Відмову від лікування практикують тоді, коли наявні медичні засоби та знання виявляються недостатніми для того, щоби повернути пацієнту здоров'я, тож від них відмовляються, попри те, що такий вчинок може призвести до смерті. Евтаназія є прямим спричиненням смерті і найчастіше застосовується з тих самих причин, що й відмова від лікування.

Якщо розглядати відмову від лікування і евтаназію з погляду наслідків і намірів дій, які ми позначаємо цими поняттями, то відмінність між ними видається непринциповою. Якщо говорити про обов'язок лікаря (він міститься у «клятві Гіппократа»), то виникає запитання про межу його відповідальності і про шкоду, яку він може завдати пацієнтові, якщо не припинить марної терапії. Якщо посилатись на критерій розрізнення між дією і бездіяльністю, можна дійти висновку, що відмова від лікування не відрізняється від пасивної евтаназії.

На нашу думку, однак, найкращу відповідь на питання про відмінності між вбивством і відмовою від лікування дає детальний розгляд механізму прийняття рішень. Інакше кажучи, треба поглянути на роль смерті. Коли йдеться про евтаназію, смерть є засобом дії або бездіяльності, адже припускається, що подальше життя не має сенсу, засобом, який позбавляє людину страждань через біль і/або відсутність цього сенсу. У разі відмови від лікування смерть є побічним ефектом припинення дій, адже припускається, що вони більше не служать благу пацієнта.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

Градик Р., Ширій Т. Морально-етичні аспекти евтаназії. *III Постий національний конгрес з біоетики, 27-30 вересня 2016: збір. конф.* Київ, 2016. С. 42–43.

Клятва Гіппократа. URL: <https://web.archive.org/web/20091206063319/http://who-is-who.com.ua/bookmaket/ses2007/36/2.html> (дата звернення 25.03.2020).

Aszyk P. Granice Leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Rhetos, 2006. 207 s.

Chańska W. Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2009. 384 s.

Harris J. The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics. London; New York: Routledge & Kegan Paul, 1985. 281 p.

Kuhse H. *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine. A Critique*. Oxford: Oxford University Press, 1987. 240 p.

May W. E. *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*. Huntington, Indiana: Our Sunday Visitor, 2013. 336 c.

Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Washington D. C.: U. S. Government Printing Office, 1983. 554 p.

Рассудіна Катерина Сергіївна

кандидатка філософських наук, докторантка кафедри теоретичної і практичної філософії

Київський національний університет імені Т. Г. Шевченка

вул. Володимирська, 60, Київ, 01033

E-mail: rassudina.k@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6704-185X>

Стаття надійшла до редакції: 31.03.2020

Схвалено до друку: 04.05.2020

WITHDRAWING TREATMENT AND KILLING: THE WAYS TO DISTINGUISH

Rassudina Kateryna S.

PhD in Philosophy, Doctoral Student of the Department of Theoretical and Practical Philosophy

Taras Shevchenko National University of Kyiv

60, Volodymyrska str., 01003, Kyiv, Ukraine

E-mail: rassudina.k@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6704-185X>

ABSTRACT

One of the key problems facing bioethics concerns those cases where, due to the limited human and technical resources of medicine, patients are in fact doomed to die. The reason for withdrawing treatment may be the futility of using the available means, as well as the burden of certain procedures. In the contemporary world, euthanasia is offered as an alternative to withdrawing treatment, that is, direct causing the death of a patient, killing. They distinguish these two types of practice by analyzing the duties of the physician, the intentions of all subjects, the differences between action and inaction. The obligation to save the patient at all costs should be rejected because of the non-humanity of this principle. That is why, however, the doctor faces a dilemma: to leave the patient to natural processes (it can cause, however, his or her additional suffering), or to kill him or her directly. The intention in both cases is to solve a problem in which the treatment of the patient becomes futile, and the withdrawing sooner or later leads to death. Euthanasia in its passive form may procedurally coincide with the withdrawing treatment. Withdrawing treatment is the decision, and therefore, it is more an action than inaction. It seems that the choice between euthanasia and withdrawing treatment is purely technical. The author of the article suggests comparing the mechanisms of decision making in the application of euthanasia and withdrawing treatment, looking at the purpose of these decisions and the means of its reaching. In the case of euthanasia, the purpose of action or inaction is to relieve suffering (a certain good), and the means is to cause death. In the case of withdrawing treatment, instead, the goal is also the good of the patient, but death is not a means but a side effect. Therefore, the author recognizes that withdrawing treatment is a more moral practice than euthanasia, which is a direct killing and is justified by the low value of one's life.

Keywords: withdrawing treatment, euthanasia, action, inaction, intention, means.

REFERENCES

- Aszyk, P. (2006). *Limits of Treatment. The Ethical Problem of Withdrawing Medical Interventions*. Warsaw: Rhetos Publishing House. (In Poland).
- Chańska, W. (2009). *The Unfortunate Gift of Life. Philosophy and Ethics of the Quality of Life in Contemporary Medicine*. Wrocław: Publishing House of the University of Wrocław. (In Poland).
- Grady, R., & Shyrii, T. (2016). Moral and Ethical Aspects of Euthanasia. In *Proceedings from Sixth National Congress on Bioethics, September 27–30, 2016* (pp. 42–43). Kyiv.
- Harris, J. (1985). *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*. London; New York: Routledge & Kegan Paul.
- Hippocratic Oath. (2020, March 25) . Retrieved from <https://web.archive.org/web/20091206063319/http://who-is-who.com.ua/bookmaket/ses2007/36/2.html>.
- Kuhse, H. (1987). *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine. A Critique*. Oxford: Oxford University Press.
- May, W. E. (2013). *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life. Third edition*. Huntington, Indiana: Our Sunday Visitor.
- Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*. (1983). Washington D. C.: U. S. Government Printing Office.

Article arrived: 31.03.2020

Accepted: 04.05.2020